

熊本大学学術リポジトリ

Kumamoto University Repository System

Title	HIV/AIDS看護実践における倫理的課題
Author(s)	木村, 眞知子
Citation	先端倫理研究, 4: 75-93
Issue date	2009-03
Type	Departmental Bulletin Paper
URL	http://hdl.handle.net/2298/11757
Right	

HIV/AIDS 看護実践における倫理的課題

木村眞知子

はじめに

現在、先進諸国においてはHIV/AIDS¹医療は抗ウィルス剤²の開発により患者の生命予後の急激な改善をもたらし、エイズを発症しての死亡が減少し、「コントロール可能な慢性の感染症」と言われるようになった³。しかし、慢性の感染症と言われるようになったとは言え、現在においても治癒できる病気ではないため、治療は不確実であり、患者には一生に渡っての自己管理が必要になる。

現在、HIV医療はエイズ拠点病院を中心に行われている。しかし、医療支援体制が整備されているとは言いがたく、小人数体制でケアに当たっているのが現状である。困難な事例が増える一方で、煩雑な医療環境においては、ケアに際しては充足感より、燃え尽き感を産みやすく、医療スタッフの支援体制や医療環境をどのように構築していくかなどの課題も重要となっている^{4,5}。

このような背景から HIV/AIDS 看護実践の様々な問題を解決するためにはまず、HIV 医療における看護実践の実態を明らかにしていく必要がある。

この論文においては、看護者が日常の看護場面で経験する HIV/AIDS 看護実践の特有の問題を明らかにし、倫理的問題への解決策や課題を見いだすことを試みる。

第1章 HIV/AIDS 患者ケアをめぐる状況

第1節 HIV/AIDS 患者を取り巻く現状

HIV/AIDS患者を取り巻く現状として、日本は先進国の中でもHIV感染者およびAIDS患者とも増加が続いている特徴的な現象があり^{6,7}、医学・医療の問題を超えて、社会的にも大きな問題になっている⁸。病態と治療⁹、医療体制^{10,11,12}、法制度と社会的状況¹³など患者を取り巻く現在のケアの状況から、臨床現場に関して筆者なりの視点で問題を整理してみると、以下のことが考えられる。

近年、HIV感染を告知される患者の大半は一般病院で、告知のショックへのケアもなく、患者は混乱した状態で拠点病院へ紹介される事例が多い¹⁴。患者本人にも病気に対する偏見があり、家族や身近な人へ病気を知れるのを恐れて感染を伝えられない場合もある¹⁵。

そして、医療機関を訪れた時点で既にエイズを発症した重症患者の受診が増えており、適応障害、鬱病、人格障害、依存症など心理社会的問題が複雑に絡み合った症状を持つ治療に困難を要する事例が増えているが¹⁶、小人数体制で医療やケアを行っているのが現状である。また、針刺し事故後への不安やストレスは大きく、医療体制の整備は重要な問題となっている。

現在、病状が安定しても在宅療養支援が必要であるが、プライバシーの問題や受け入れ側のHIV感染に対する偏見があり、病診連携が進んでいないのが現状である。在宅療養支援導入を阻害して

いる要因として、渡辺は保健所や訪問看護ステーション等地域の活動に対する病院医療者の知識・理解不足を指摘している¹⁷が、これらは病気の特別視に起因していると言える。

第2節 先行研究

HIV/AIDSのケアをめぐる先行研究においては、看護師の抱える不安や困難についての調査研究¹⁸やいくつかの意識調査^{19, 20, 21, 22}に対して、看護師の不安を軽減するための教育プログラムが有効性について述べられている²³。近年HIV/AIDSの看護においては、困難事例への支援の難しさ²⁴や家族のケアの重要性²⁵、在宅療養支援の取り組み²⁶、外来看護²⁷、チーム医療²⁸、医療体制の構築²⁹など様々な研究が行われている。これらの文献から、HIV/エイズ看護実践の経験によって不安や困難は減少していくとも考えられるが、一般の看護師がHIV/AIDS看護実践を行う上で、どのような経験を積み重ねることが不安や困難に対処できるのかは明らかにされていない。そこで、現在、HIV/AIDS看護実践における不安や困難な問題を明確にできれば、今後のHIV看護を行っていく上での示唆が得られると考えられる。以上のことから、HIV/AIDS看護ケアに関する調査を行い、考察を行う。

第2章 HIV/AIDS 看護ケアに関する調査

第1節 目的・調査対象・調査方法（聞き取り調査）

1. 調査の目的は以下の通りである。

- (1) HIV/AIDS 患者の看護実践において、看護師が日常の看護場面でどのような困難を感じて
るかを明らかにし、HIV/AIDS 看護特有の倫理上の問題を明らかにする
- (2) (1) の結果を基に、解決策を見出し、今後の課題を明らかにする

2. 調査対象

調査対象者の背景は表1に示す通りである。対象者は、九州地方某県の拠点病院に勤めるHIV/AIDS患者に携わったことがあり、調査に同意を得られた9名の看護師を対象とした。

表1 対象者の背景

対象	年齢	性別	臨床経験 年数	HIV 看護 経験年数
A	20代	女	4年	4年
B	30代	女	15年	3年
C	20代	女	5年	5年
D	40代	女	20年	10年
E	20代	女	5年	5年
F	30代	女	14年	8年
G	40代	女	18年	7年

H	30 代	女	17 年	5 年
I	40 代	女	20 年	2 年

3. 調査の方法および分析方法 (KJ法) ^{30, 42}

面接調査には、関わった事例について印象に残った倫理に関するケアについて半構成的インタビューを行った。対象者からは、事前に調査協力に対する同意を得て、倫理的配慮を行った。

調査期間は、平成 17 年 12 月から平成 18 年 11 月まで行った。分析は KJ 法によってまとめた。

第2節 データの解析 (仮説の検討、知見)

9 名の看護師のインタビューの逐語録から分析の結果、抽出したセンテンスは 374 で、これを KJ 法により 94 枚のラベルを作成した。9 名の看護師の殆どが初期のケアにおいては、何らかの困難さを感じていた。その初期のケアの困難な状況は、18 項目 (①～⑱) <表 2> のように大別できた。

そこで、①～⑱の項目を HIV 特有なケアに見られる項目とそうでない項目を検討した。その HIV ケアの特有さの程度をより便宜上、特有な状況から順に◎○△の記号で表わした。

<表 2> 初期のケアの困難な状況の項目リスト

分類	ケアの困難な状況の項目
患者との関係	◎①HIV 感染症の特別視に関連したケアの困難な状況 ◎②周囲の支援のない患者へのケアの過重な負担 ◎③告知後の患者の危機的状態による対応困難な状況 ◎④院内感染のリスクと不安な状況 ◎⑤薬害エイズ患者の複雑な思いへの対応困難 ○⑥専門的知識不足や実践能力不足によるケアの困難 △⑦情報提供不足によるコミュニケーションの困難
家族関係	◎⑧性感染症に原因した家族へのケアの困難な状況 ○⑨複雑な家族関係への調整の困難な状況 ○⑩家族へのサポート不足による医療者への非難
医師との関係	◎⑪医師の患者への過剰な反応によるケアへの影響 ○⑫特定の医師の倫理観のない態度や医師への信頼がないと思える言葉 △⑬医師と家族の関係悪化に対するケアへの影響 △⑭医師の治療方針と看護者の価値観のずれによるジレンマ
システムに関連	◎⑮性感染症に対する医療補助への不公平感 ◎⑯拠点病院に患者の集中による医療者への過重な負担 ◎⑰同僚の無理解な反応への心理的ストレス ○⑱限られた人的資源によるケアの困難な状況

次に、この表2のデータに従って、特にHIVケアの特有な状況が際立った項目について述べる。

(1) 患者との関係について

この中には、表2の中で、5つのHIVケアの特有な項目が含まれていた。

項目①HIV感染症の特別視に関連したケアの困難な状況について

インタビューを行った看護師の殆どは、HIV/AIDSを性感染症としての病気の悪いイメージからケアの初期には、消極的な思いを語っていた言葉から抽出した。

例：「HIVは、普通に言って不潔というイメージが私の中ではあるんです。自業自得というか、病気は罰だと思った」「自分の親と同じくらいの年齢の患者さんで、不潔だと思って嫌だった、早く退院してほしいと思った」などや「社会的にしっかり仕事をし、生きてきた人が何でこんな病気になるんだろう」、「HIVの人は同性だと思ってしまうので、構えてしまい本音でしゃべれなかった」、「患者が嫌ではなかったけど踏み込んだ話しができなくて、多分自分で壁を作っていたのだろうと思いました」、「性感染症の人は自分で感染したのが許せない」などと語っていた。

しかし、殆どは、「性に絡んだことは話せないし、患者の抱えている問題が重たいので引いてしまう」、「患者のところに行っても、黙って検温して帰ってくるだけ、大丈夫ですかくらいは言うけど必要なこと以外は最初は話せなかった」などの言葉で語っていた。

項目②周囲の支援のない患者へのケアの過重な負担について

これは、病気を周囲に言えない患者に対しては、患者の社会的立場の理解どころか、むしろ、ケアに負担を感じていた看護師の言葉から抽出した。

例：「患者の周囲に支えがないので、医療者だけで支えていくのは重たいし、難しい」、「病気について相談する人がいるかいないかなどについて関わるのは、困難」、「家族に拒絶された患者を支えていくのは、重たい」

項目③告知後の患者の危機的状態による対応困難な状況について

患者は、感染の告知を受け危機的状況になっていたが、看護師はそのような患者の心理状態を十分理解ができず、ケアは困難になっていた看護師の言葉から抽出した。

例：「告知後の患者の混乱した状態から看護師の人格を傷つけられるような言葉で言われた時は、正直言ってケアに困難を感じて、嫌だった」、「告知直後ではあったが、患者の態度や言葉からが人格的に問題ではないかと思った」、「告知後で混乱した状態で転院した患者のフォローはできなかった」、「告知後で病気の受け止めができるように患者の話を毎日1時間くらい聞いていたが、病院の不満が多く心身の疲労を来した：」、「癌患者の場合は告知のショックに一生懸命サポートするが、HIV感染者には最初は患者の思いに何かをしてあげたいと思っても、どうしてよいか手が出せない

し、病気のイメージを先に考えてしまう」

項目④＜院内感染のリスクと不安な状況＞について

看護師は、患者を受け持った初期には、院内感染の不安から日常のケアにも消極的になっていた。

例：「患者を受け持った最初は、病名を聞いただけで緊張した、病室にはいるのも怖かった」、「患者さんの菌茎から出血していて、スタンダードプリコーション（標準予防策）をしていれば良いと解っていたが、実際はとても緊張した、針刺し事故には注意をした」、「先輩が実際処置しているのを見て、同じようにやれば良いんだと思ったが、慣れるまでには時間がかかった」、「体液を触るのも、尿器交換するのも怖かった、簡単には感染しないと頭では解っているが、大丈夫だろうかと心配だった」、「手術後の患者のケアには医師も看護師も過剰な防衛をしていました、自分は他の病棟でHIV看護の経験があるので、そんなに大変だとは思わなかったです」

項目⑤＜薬害エイズ患者の複雑な思いへの対応困難＞について

この項目は、薬害エイズ患者に対しての特別な感情を持っていたスタッフの言葉から抽出した。

例：「薬害の人は、不備があってはいけないと思って、気を使っていた」、「スタッフは、ぴりぴりした雰囲気があったが、患者に腫れ物に触るような対応をしていた」、「患者さんには、些細なことで、挨拶をしないと、寝巻きの紐が取れているのをわざと渡したんだろうとか毎日、毎日言われて、故意にしなかったんだろうと言われて、病室に行くのも嫌だった」

(2) 家族との関係について

家族との関係の3つ項目の中のHIV/AIDS ケアに際立って特有な項目について述べる。

項目⑧＜性感染症に原因した家族へのケアの困難＞について

これは、患者の最も身近な存在として、患者を支える立場にある家族に対してもケアの困難な状況を語っていた看護師の言葉から抽出した。

例：「親は息子の病気を知って、『死んでくれたほうがよかった』と言っていたのでとてもショックだった。病気に対する偏見を持っていると思ったが、家族のケアはとてもできなかったし、声もかけなかった」、「妻は夫の病気を良くなってほしいと言っているが、反面、苦しんでほしいとも言っていたので、複雑な思いに返事ができなかった」、「病気を知った家族は、無表情だった」

「癌患者の家族は終始患者の側にいるが、HIV の患者の家族は逃げ腰なので、ケアをする上でパワーのかけかたがHIVのほうが重い」、

「家族は看護者に積極的に質問したり、要望を言ったりこともなく、家族は医療スタッフを拒んでいるようだ」、「家族と関わったことがない、どのように声をかけたらよいかわからない」

（３）医師との関係について

医師との関係においては４つの項目が含まれていたが、HIV/AIDS ケアの特有な項目について述べる。

項目⑪＜医師の患者への過剰な反応によるケアへの影響＞について

これは、医師が過剰な反応をしている状況から、ケアが煩雑になった看護師の思いから抽出した。

例：「医師の過剰な反応によってカルテを二重にしたり、感染対策上の必要ない防御を行ってケアが煩雑でケアに影響した」、「主治医に決まった医師は、否否ながら患者を診ていた」

「患者には、簡単に告知して、フォローもなく、丸投げ状態で患者は納得出来ない状態で転院してくるけど、ケアには苦勞する。」

（４）システムとの関連について

システムとの関連には４つの項目が含まれていたが、HIV に特有なケアの項目について述べる。

項目⑮＜性感染症に対する医療補助への不公平感＞について

これは、HIV 感染者の経済的支援の医療補助制度に対する看護師の思いから、抽出した。

例：「高額な所得を得ている人でも、好きなことをやって医療費が無料になっているのは、納得できない」、「他にも癌などや難病はたくさんあり、治療費に困っている患者が多いのに不公平だ」

「自分で病気になって、それで医療費が無料になるなんて、HIV の人は、恵まれているし、護られ過ぎている、自立できるようにし向けて良いのではないかと思う」

項目⑯＜拠点病院に患者の集中による医療者の過重な負担＞について

これは、拠点病院に患者が集中することで、ケアの負担を訴えていた看護師の言葉から抽出した。

例：「他の拠点病院で患者をみてくれないので、全部、うちの病院でしかも、最後まで引き受けなければならないので、とても大変」、「患者の免疫の状態が安定して一般病院や介護施設でも患者は十分診れるくらいになっても受け入れがないので、患者の療養が長期になって自宅に帰れない人は１年以上も入院になってしまう」

項目⑰＜同僚の無理解な反応への心理的ストレス＞について

これは、多部署のスタッフに理解のない言葉を言われストレスを感じたという看護師の言葉から抽出した。

第3章 調査に基づく HIV/AIDS ケアの問題点と検討

第1節 HIV/AIDS ケアの問題の所在と対策

第2章においては、初期のケアの困難な状況から抽出した＜表2＞の項目について、HIV 特有のケアの困難さについての分析を深めていくと、HIV 特有のケアの困難さの中には、いくつかの問題が見えてくる。そこで、これらの問題の所在を明らかにし、その対処法について検討するために、初期のケアの困難な状況からさらに、＜表3＞のように HIV/AIDS ケアの問題の所在ごとに分類した。

＜表3＞ケアの困難な状況における問題に関連した分類

問題の所在による分類	ケアの困難な状況の項目
セクシュアリティに関連したケアの困難と負担	①HIV 感染症の特別視に関連したケアの困難な状況 ②周囲の支援のない患者へのケアの過重な負担 ③告知後の患者の危機的状態による対応困難な状況 ⑧性感染症に原因した家族へのケアの困難な状況 ⑨複雑な家族関係への調整の困難な状況 ⑩家族へのサポート不足による医療者への非難 ⑫特定の医師の倫理観のない態度や看護師の医師への信頼がないと思える言葉 ⑮性感染症に対する医療補助への不公平感 ⑰同僚の無理解な反応への心理的ストレス
院内感染の不安	④院内感染のリスクと不安な状況 ⑪医師の患者への過剰な反応によるケアへの影響
薬害エイズ患者のケアの困難	⑤薬害エイズ患者の複雑な思いへの対応困難な状況
資源不足によるケアの困難	⑬拠点病院に患者の集中による医療者への過重な負担 ⑱限られた人的資源によるケアの困難な状況
専門的なケアの能力不足	⑥専門的知識不足や実践能力不足によるケアの困 ⑦情報提供不足によるコミュニケーションの困難
医師とのジレンマ	⑬医師と家族の関係悪化に対する患者ケアへの影響 ⑭医師と看護師の価値観のずれによるジレンマ

次に、その分類ごとの詳細について述べていく。

分類：【セクシュアリティに関連したケアの困難と負担】について

この分類には、患者との関係、家族との関係、医師との関係、システムとの関連のどれにもこの分類の問題点が存在していた。この分類に共通して考えられることは、HIV 感染症が性感染症とし

て患者のセクシュアリティに関連した否定的なイメージで捉えられていることである。性感染症としての病気の特別視がケアの障害になっているが、HIV が人からひとへ感染する、その病気を作り出しているセクシュエリティに対する嫌悪感が患者をケアする時に影響していると考えられるからである。しかも、その嫌悪感の基になっているのは、HIV 感染症が同性愛者に多いことがあげられる。このようなケア困難な状況の背景にある問題として、セクシュアリティのテーマは、これまで臨床現場で回避的であっただけに、それだけに、HIV ケア特有の問題でもあると考える。

これらの問題に対する対処としては、まず、HIV/AIDS 患者のケアにおいては、ケアの困難な状況は、看護者自身の病気に対する否定的な感情や価値観が大きく影響し、初期には、医療者が作り出している部分が大いのではないかとと言える。従って、看護者自身が自分自身のそのような価値観や感情に気づけば、ケアの困難さ少なくなるのではないかと考える。

そのような否定的感情を持った看護者も、ケアを進めて行く中で、患者の理解が深まってくると、「患者を受け持て、最初は嫌だったが、ケアをやったことで、病気のイメージが変わった、自分が変わった」と肯定的な感情に変わっている。このように経験を重ねることで、患者を一人の人として尊重し、看護者としての専門的な価値観に基づいたケアを提供できるようになっている。その過程でケア的関係ができていく。

このような状況になるまでには時間を要し、ストレスとなっていることから、看護者は、患者や病気に対する自分達の感情についてオープンに話せる機会をつくることが重要であると考え³¹。しかし、例え、自分の感情について積極的に語る場が設けられたとしても、このような否定的な感情について語ることに抵抗がある。より専門的な知識や経験のあるスタッフや上司のサポートが重要になる。

このことから、HIV 特有の問題について考えることは、医療者に患者のセクシュアリティについて理解することの重要性を気づかせていると言える。

分類：【院内感染の不安】について

この分類の院内感染の問題は、HIV 感染症には、初期のケアにはリスクがつきものであるが、針刺し事故等を含めて、経験のない看護者にとっては、他の疾患にはないケアに際しての不安が考えられる。それは、日常のケアにも影響し、患者の病室へ行くこと自体が消極的になっている。そして、臨床においては、感染対策予防のためのシステムが整備され、頻繁に教育も実施され、知識があっても実際のケアを行うこととの間にはギャップがあることが考えられる。

院内感染への不安への対処としては、まず、標準予防策をはじめ、HIV に対する正確な知識をもつことであるとは言ってもない。最近、エイズを発症し重症化した患者の入院が増えると、歇血的な医療処置が増え、血液や体液暴露の機会も多くなっている。正確な知識と実践のギャップを埋める教育的な関わりや経験のあるスタッフのケア技術を学ぶ環境があれば、この問題は解決される。

分類：【薬害エイズ患者のケアの困難】について

これは、薬害エイズ患者の特有なケアとして、薬害の被害認識と医療者に対する怒りの感情に対する複雑な思いを理解することが重要になるため分類した。

薬害エイズ患者のケアには、血友病に対する医療と HIV に対する健康被害へのケア、患者の被害感情を認識することや、怒りや憤りを引き受けるケアが重要になる。このような薬害患者の思いに気づくことができない時、ケアは成り立たないばかりか、医療者にはストレスにさえ感じられることになる。患者の療養のあり方は、患者の薬害に対する思いと表裏一体になっていることを念頭にいれつつ、ケアを行っていくことが重要である。しかし、薬害エイズ患者にはどんなに手厚いケアをおこなっても薬害という事実は消えることはない。医療現場でおきた薬害であるからこそ、患者のケアにあたっては、患者との信頼関係を作っていく努力は必要である。そして、現在行われている医療やケアについて、正確な情報を提供していくことも信頼関係をつくる上では基盤になる。

分類：【資源不足によるケアの困難と負担】について

この項目は、拠点病院に患者が集中することで、人的資源の不足した医療体制の問題が影響していると言える。現在、障害が残るような末期状態で入院してくる患者の増加や、患者の高齢化の問題があり、療養期間が長期化するなどの深刻な現状を抱えている。マンパワーが不足し、患者に必要な医療やサービスが提供できないのは、HIV ケアに特有なケアの困難さをもたらしていると言える。

これらの問題への対処としては、HIV 医療体制の構築をどのようにおこなっていくかになると言える。この問題の背景には、専門医がいないという理由だけではなく、HIV 医療にかかる高額な医療費の診療報酬上の問題がある。これらは一施設で対策が立てられる問題ではなく、行政レベルでの新たな施策が求められるところであり、医療施策の問題といえる。また、一般の医療機関への教育や研修などを含めた、地域医療の連携をシステム化していく必要がある。

分類：【専門的なケアの能力不足】について

現在、HIV 医療は目覚ましく進歩し、抗 HIV 薬の開始基準や副作用なども新しい情報を収集しないと、患者のケアに反映されないほどである。そのためには、HIV 医療やケアに積極的に取り組む姿勢がないと、専門的な知識やケアの技術は身につかない。また、HIV の専門的な実践能力が高まらない要因として、患者の持っているセクシュアリティや院内感染の問題の複雑さがある。

これらの専門的な実践能力を高めるためには、ただ単に、知識を増やすだけでなく、HIV ケアの経験の中で学んでいけることが重要である。即ち、知識や理論と実践を結び付ける役割を果たせる人の存在は欠かせない。そのためには、医療環境の中に、学ぶ環境があることが重要で、同僚や上司の支援がケアを促進させていく力になると言える。組織的な人材育成が重要になる。

分類：【医師とのジレンマ】について

この中には、医師と家族の関係悪化に対する患者ケアへの影響や医師と看護者の価値観のずれによるジレンマが含まれ、医師と呼吸器をつけるかどうかで家族の意見を尊重しない医師の態度にジレンマを感じていた看護師は、患者や家族の立場を代弁していた。また、病状の悪化に対しての責任を看護師に問題あるように一方的に責められたと応えた看護師は大きなジレンマを感じていた。

しかし、今回調査をした9名の看護師のうち、7名は医師との関係形成に問題ないか、あるいは医師のあり方に特に問題を感じないと応えていた。しかし、同じ7名の看護師でも癌患者のケアにおいては、医師に対してしばしば不満やジレンマを感じていた。

このことから、HIVケアにおける医師との関係は問題ないという看護師の言葉は、患者の立場にたった看護ケアというよりも、医師と同じ目線、視点での看護ケアを行っている状況を反映しているのではないかと考えられる。看護師は、患者を擁護する立場にあり、患者の一番身近で患者の思いを聞き届けられる存在としての役割を持っている³²。それだけに、患者との心理的距離より医師との心理的距離が近いという状況は、倫理的には問題ではないかと考える。

このような問題への対処としては、ジレンマを感じた看護師には、医師と話し合える関係をつくることが重要であるが、問題への対処は容易なことではない。患者の立場に立っているからこそ、医師とのジレンマは感じると言える。ジレンマへの対処としては、今、何が問題であるか、ジレンマを明確にしていくことやチームで共有することができれば一人で悩むことはなくなると考える。そのためにも、日頃からちょっとしたことでも、話し合いの場を持つことやチームで解決策を見いだしていける職場風土づくりを行うことも大きなジレンマになる前の対処になると考える。そして、そのような話し合いの場をもつことで、医師との関係は問題ないと応えていた看護者にも、患者や家族の置かれている立場がより理解でき、患者が求めるケアについても考えるようになると考える。

それゆえに、患者に一步踏み込めないケアの困難な状況では、患者の立場に立てるはずもなく、医師とのジレンマも感じるはずもない。患者の立場に立って、医師とも良好な関係を作っていくことが最も大切であるが、今回の事例においては医師とトラブルがない状況は、患者・家族のケアの困難さを反映しており、HIV ケアに特有な状況を反映していると考ええる。

第2節 HIV/AIDS 問題の根源性と広さ

これまで、HIV/AIDS 患者の看護ケアの実態調査の中から、初期のケアの困難な問題状況と問題点を確認し、その対処法について検討してきた。その問題の中でも大きな位置を占めていたのは、HIV 感染症のセクシュアリティに関連したケアの困難な状況と看護者の負担であった。そこでは、HIV 感染症が性感染症であることに由来するセクシュアリティに関連して生じる否定的感情が、ケアの障害になっていると考えられる。そして、その問題であるセクシュアリティに関連したケアの困難さと負担は、患者との関係、家族との関係、医師との関係、システムとの関連などすべての関連の中に見いだすことができた。それ程、このテーマは HIV/AIDS 患者のケアについて語るときに、避

けては通れない問題であると言える。

性感染症はHIV感染症以外にも多くの疾患で見られる³³。しかし、HIV感染症が、何故これだけ偏見や差別をもたらす病気であるかについては、様々に考えられる。波平は³⁴差別される病気の特徴について、「慢性的な症状を呈し、治癒に長期間を必要とする、場合によっては治癒することなく死にいたること、同一家族から複数の患者がでる傾向、強制隔離になる病気」などとしている。現在では強制隔離になる病気は少ないが、HIV感染症は社会から有形無形の圧力を受ける。HIV感染症は、日常生活ではそれほど恐れる必要はないにもかかわらず、感染に対する正しい知識がないままに、むやみに接触を拒まれるなど差別される病気の特徴を持ち³⁵、患者にとっては生活の立て直しを迫られるだけでなく、存在そのものを危うくさせる病気と言える³⁶。このように、性感染症の中でも、生きていくことそのものに影響を与えかねない病気は、HIV感染症の他にはそうたくさんあるものではない。そして、セクシュアリティのテーマが医療者にも大きな影響を与えて、ケアを困難にさせている疾患も他には多くはない。矢永³⁷の述べるところによれば、HIV感染症は病む人のセクシュアリティに微妙な影を落としている。さらに、HIV感染症に限らず、性感染症はしばしば、羞恥心や罪悪感、後悔などの感情をともしなう。わが国の文化においては、性感染症は「恥ずかしい病気」とみなされ、感染した人は「不道德な人」という決めつけた見方をされることがある。こうしたスティグマはHIV感染症において特に強い。感染を知ること、感染者自身も低い自己尊重から自己イメージを傷つけてしまい、親密な人間関係に影響するとしている。

HIV感染症は患者だけでなく、家族にも少なくない影響を与える³⁸。周囲に病気を伝えられないことや、病気を知られるのを恐れて閉息した状況になるからである。また、患者が配偶者であった場合は、問題がさらに複雑になる。家族は患者に良くなってほしいと思う反面、もっと苦しんでほしいというようなアンビバレントな思いをいだくことがあり、そのような状況では、患者へのケアは困難を極める。病気を知った患者・家族は、癌等の場合と違って医療者に積極的な関わりを求めない傾向がある。このように、ケアを困難にしている問題の背景には、セクシュアリティに関連した否定的な感情が根底にあり、医療者だけでなく、患者-家族との関係でも顕著に見られ、そのことがケアを複雑にしていると考えられる。

日本の社会においては、特に、患者個人の問題は家族集団の問題として捉えられることが多く³⁹、病気になったことで、家族関係や親密な人間関係に大きな影響をもたらす。感染が判明すると、患者の過去の性行動や性的指向が明るみに出、患者のその後の生き方や人間関係を脅かすことになるからである。このような状況から、病気からくるセクシュアリティの問題は、親密な家族の人間関係に大きく影響するだけに、セクシュアリティの問題に対処できないと、家族へのケア、家族の人間関係の調整は困難になると考える。しかし、看護者は「家族は医療者を拒絶しているようで、関れない」と述べているように、家族自身が病気に対して、否定的イメージを持っているだけに、患者へのケアが困難な状況では、なおさらケアは困難と言える。

次に、初期のケアの困難さは、医師との関係にも現れているが、それほど問題は重要と考えられていない。この調査結果は、予想外だった。これは、癌患者の場合の方がジレンマを多く感じると応えていた看護師が多かったことから、看護師にとって患者との心理的距離より医師との心理的距

離の方が近いのではないかと考える。そのことは、病気の特別視から患者へ否定的感情をもった看護師は、最も看護師のケアを必要としていた告知直後の患者の危機的状況に十分対応できていなかったことから言える。患者の苦悩が理解できていれば、それなりのケアが行われていただろうが、患者を否定的なイメージで捉えていた看護師は、患者の立場に立つより、看護師自身の立場から患者を捉えていたと言える。

本来、医師とのジレンマは患者中心にケアを考えていくときに生じやすい⁴⁰。それは患者の立場にたったケアをすることは、看護の基本原理であるから、看護師が患者中心に医療を進めていく役割を果そうとするとき、より頻繁にジレンマが生じると考える。これには、いくつかの調査結果⁴¹においても、医師との関係で生じる問題は、看護職者が直面する倫理的問題のなかでも頻繁に取り上げられていることから言える。

今回の調査においても、医師とのジレンマを感じていたのは2名の看護師であった。それらの看護師は、患者や家族の思いを代弁し、応えようとする際に、医師との意見の違いや価値観の違いを感じていた。その中には、家族と医師の意見の違いやズレに大きなジレンマを感じていた看護師がいた。患者の身近で患者の苦痛や苦悩を感じているだけに、ジレンマは大きかったと言える。

看護師の患者への関わり方は医師とは異なる。看護ケアには、患者だけでなく、家族や患者にとって重要な人々まで含まれることが多い。そして、看護師がケアを進めて行く上では、患者の生活全体を視野に入れて計画を立てるため、他の職種より、より全人的に患者を捉えることになる⁴²。これらのことから、医師との関係は問題ないと応えていた状況における看護師-医師関係は、HIVケアが生じさせた患者-看護師関係の特有な状況であるとも考えられる。

さらにセクシュアリティの問題は、患者、家族、医師との関係だけでなく、患者の医療補助制度の是非にまで関係しており、複数の看護師は病気となった原因が自分にあるのに医療補助制度を受けることは納得できないと否定的な考えを語っていた。これまで臨床現場ではセクシュアリティの問題は、ふれることがなかったが、HIV/AIDS患者のケアにおいて、そのことを直視せざるを得ない状況は明らかであり、そのことがケアを困難にしていたと考える。このように、HIV/AIDS患者のケアの困難さに対処するためには、セクシュアリティの問題についてはどうしても取り組まなければならない問題である。そうでなければ、患者を一人の人間として、ケアを受ける存在として捉えることは難しい。何故なら、セクシュアリティの問題を考えることは、人間の性について考えることであり、それは患者の人格や生き方に結びついているからである⁴³。このようにセクシュアリティは、HIV/AIDS患者のケアにおいて、中心になるテーマであると考えられる。

患者は、HIVを患ったことによる羞恥心から低い自己意識や低い自尊感情をもち、医療者にも積極的にケアを求めない状況がある⁴⁴。しかし、多くの看護師はそのような患者と心理的距離を隔てていた。医療者、特に看護師からの十分なケアを受けることができない時、患者にとっては、病気以上の苦痛がもたらされる。看護師が患者や家族の思いに応えて、ケアする存在として、患者・家族との間にふさわしい関係を築くことができれば、患者が病気をもちつつも、前向きに生きる力にもなるだろう。看護師は一番患者の身近な存在として、いつでも何でも相談できる相手としての役割が期待されている⁴⁵。それだけに、患者-看護師の間によりケア的關係がつくれない状況は、倫理

的には大きな問題であると言える。何故なら、フライ⁴⁶が述べているように、看護者にとっての倫理は看護師と患者の関係のあり方からうまれるものであるとのことから言える。

また、フライは看護実践に必要なのは倫理的行為の理論や倫理的正当化の体系ではなく、倫理的な人間観としている。その上で、看護倫理理論は、医療現場における看護師-患者関係を中心におくものでなければならないとしている。このことから、看護師-患者関係を作っていくことが、問題の対処には重要となる。従って、ケアの困難な状況は、よき看護師-患者関係のない状況を看護者自身が作り出しているとも言える。これもまた、問題であると言える。何故なら、関係は相互にやり取りできるものでなければならいからである。

ケアの困難な状況をもたらしているセクシュアリティの問題に取り組むためには、まず、看護者自身の病気に対するイメージやセクシュアリティに関する否定的感情を認識することが大切である。しかし、セクシュアリティからくる否定的感情に看護者が気づくことは、並み大抵ではない。そして、例え、気づいたとしても自分の否定的感情について語ることは、さらに困難である。そのような場作りができないと、患者自身を理解し、ケアが促進されるまでには、多くの時間を費やしたり、あるいはバーンアウトになったりする。実際、ケアを進めて行く中で、看護者は患者が病気を持った人というイメージではなく、患者自身を理解できるようになるまで、何ヶ月も要していた。そして、ケアを経験するなかで、自分の感情や患者の思いに気づくときケアが促進され、看護師の言葉からは、「病気のイメージが変わった、自分が変わった・・・」という言葉が聞かれる。そのような状況になるまでには、時間も心理的な負担も要している。これらを踏まえた上で、対処を考えなければならない。即ち、ケアを提供する側が患者に対して持つ否定的感情をオープンにでき、同僚や上司とも感情や情報を共有し、認めあう場づくりによって、これらに対処していけるのではないかと考えられる。そのためには、管理者や専門的な知識を備えた看護師の働きかけが重要になる。

看護師が自分の感情について語る場が設けられると、語ることで看護者自身が癒されるだけでなく、問題がより明確化でき、それによって問題についての対処方が見出せ、患者のケアに専心できるようになる。そのような中で、患者-看護師関係は、前向きに「良い関係」が作れていくのではないかとと言える。このケアにおける「良き関係」について、武井⁴⁷は、看護師の陥りやすい落とし穴に「患者とは良き関係でなければならない」といふこだわりがあると、「良い関係」は「良い看護師」とパラレルであり、「良い患者」とも対をなしていると述べ、看護師-患者関係は治療的ではなくとなると指摘している。従って、ケアを成り立たせるような看護師-患者関係が求められると考えられる。そのためには、ケアの受けてである患者・家族の思いに耳を傾けるだけでなく、ケアを提供する側の思いを語ることが重要になる。

社会学者のチャンブリス⁴⁸は、看護における倫理的問題は制度上の問題であり、個人のジレンマではないと述べている。しかし、これらのHIV/AIDS患者ケアの調査から見てきたことは、チャンブリスのいう、制度上や構造的な問題はあるとしても、初期のケアの困難な状況は、看護者自身の否定的感情から生まれていると考えられ、看護者自身によって作り出されているということがある。即ち、これまで述べてきたように、看護者自身で取り除いていける問題が大きいと言える。そして、これらの問題に一つ一つ対処することは、より良いケアのあり方を考えていくことにつながるだろ

う。HIV/AIDS患者のケアにおいては、患者-看護師のどのようなケア的関係を作っていくべきかが問われており、看護師自身がケアするものとしてのあり方を試されているのではないかと考える。

おわりに

本調査では、看護師の立場からの問題状況の記述であるため、HIV/AIDS 患者の看護実践における倫理的な問題を捉えるには、限界がある。患者-看護師の関係を中心により良いケアのあり方を探っていくためには、患者・家族や医師の立場からの思いや問題など記述が必要になると考える。

さらに、患者-看護師の関係性についての理論的な探求も重要になる。今後の課題としたい。

注

-
- 1, HIV/AIDS (Human immunodeficiency virus ヒト免疫不全ウイルス/Acquired immunodeficiency syndrome エイズの略) エイズ(AIDS)はヒト免疫不全ウイルス(HIV)の感染によって起こるHIV感染症の末期状態を定義した言葉。エイズは米国において 1981 年サンフランシスコに住む男性同性愛者の間で発見された。エイズウイルスが分離されたのは 1983 年フランス、パスツール研究所のモンタニエ博士グループで HIV (Human immunodeficiency virus) と命名され、エイズの原因ウイルスであることが確認された。免疫の力が低下して、健康な状態では到底かからない感染症(日和見感染症)に罹患したり、悪性腫瘍が発生して、最後は死に至る。従ってエイズの診断は、HIV感染、免疫低下、および 23 のエイズ指標疾患または状態があることによって下される。木村哲「HIV-1 感染症と日和見感染症」(企画 満屋裕明『医学のあゆみ』Vol. 213NO. 102005) 869-875 頁参照。V木村哲他『HIV感染症診療マニュアル』、医学書院、1997 満屋裕明他『エイズ治療の新展開』モレキュラー・メディシン雑誌、中山書店、1999
 - 2 ウイルス疾患の治療薬。ウイルスの細胞への結合、侵入、翻訳、出芽等のステップのどこかを抑える。HIV抗ウイルス薬として、逆転写阻害剤、プロテアーゼ阻害剤がある。
 - 3, 1997 年からHIV感染症の治療は、多剤併用療法 (highly active antiretroviral therapy:HAART) が治療法の中心となってきた。現在約 20 種類の抗HIV薬が認可されており、これらの中から 3-4 種類を併用し、適切な時期に適切なHAARTを受ければ、HIVを長期にわたりコントロールすることが可能になった。このため、HIV感染者の予後は飛躍的に改善した。しかし、いかに強力な治療薬を用いてもHIV感染症自体は治癒しないため、一生にわたる治療が必要とされている。岡慎一「1日1回処方時代を迎えたHAART療法」(企画 満屋裕明『医学のあゆみ』Vol. 213NO. 102005) pp859-863
 - 4, 日本エイズ学会学術集会・総会において毎年、医療体制の構築にむけての現状や取り組み、課題が報告されている。近年、困難な事例が増えるにつれ、在宅療養支援、地域への連携、チーム医療構築に向けて支援のあり方が検討されているが、益々、重要な課題として取り上げられている。幸 史子・木村眞知子「熊本県におけるHIV医療体制構築に向けての取り組み」『第 19 回日本エイズ学会誌』Vol. 7NO. 4, 2005, p28
 - 5, 永井秀明他「長期療養が必要なHIV感染者の施設・病院での受け入れについての検討」『第 20 回日本エ

イズ学会誌』Vol. 8 No. 4, 2006, p331

6, 鎌倉光宏「AIDS/HIV-1 疫学:2005Update」企画 満屋裕明『医学のあゆみ』Vol, 213NO, 102005) pp909-915
厚生労働省のエイズ動向委員会の報告（エイズ発生動向調査は1984年に開始された）によると、2006年までの日本の感染者累積数は、HIV感染者およびAIDS患者数は1万人を越えたと報告している。新規のHIV/AIDS

患者数の記録更新は、流行の阻止の遅れが指摘されている。

7, 今井光信「HIV検査体制-現状と課題-」『日本エイズ学会誌Vol. 7, No. 4, 2005, p287

抗体検査の重要な側面として日本は諸外国に比べて、献血中のHIV抗体陽性件数が年々増加していることは、血液の安全確保に関わる課題である。

8, 企画 満屋裕明『医学のあゆみ』Vol, 213NO, 102005) p847

9, 中村哲也・白坂琢磨・木村哲「Guideline 抗HIV治療ガイドライン」2005, 3

HIV感染症では、病態の程度や経過を把握する指標として、血中ウイルス量（HIVRNA量）はHIV感染症の進行速度の指標となり、CD4陽性リンパ球数は感染者の免疫状態の指標になる。抗HIV薬の多剤併用療法（HAART療法: highly active antiretroviral therapy）によってウイルス量を検出限界以下に抑え、CD4陽性リンパ球数を増やし免疫能を維持・回復し、患者のQOLを改善することやHIV関連疾患や死亡を減らすことにある。現在、20種類の抗HIV薬があるが、服薬にあたっては、100%に近い内服率を守りながら、一生にわたる治療の継続が必要であるとされている。そのための、患者のQOLの低下、経済的負担、薬剤耐性の問題、長期毒性の危険など様々な問題が生じている。

10, 木村眞知子第10回国際AIDS会議（横浜市）「AIDSの看護」, 1992

11, 白坂琢磨『総合臨床』, Vol, 50, No10, 永井書店, 2001, pp2761-2765

12, 日本では1980年に非加熱滅菌器を使用した1500人の血友病患者がHIV感染した。当時は「不治の病」で、1997年にHAART療法が開始されるまでは、医療者主体のターミナルケアが中心であったが、1997年以後ケアの主体は患者となった。それによって、患者の抱える問題も多様化し、服薬官吏、就労、結婚や出産、就学、生き方の選択などが浮上してきた。また、経済的支援として1998年から身体障害者手帳の交付が行われるようになった。1994年に全国に350の拠点病院を中心にした医療体制の整備が行われたが、形骸化している病院もある。

吉崎和幸「日本のエイズ、その医療体制の現状と問題点」『日本エイズ学会誌』vol. 3 NO. 4, 2001, pp31-38

13, 1985年日本国内でエイズ第1号患者が発見されて、エイズパニックにより社会的な偏見・差別が表面化した。松本事件、神戸事件、高知事件は、日本のエイズパニックと呼ばれた。松本事件: 1986年11月長野県松本市において、フィリピンから出稼ぎに来ていた女性が、エイズ抗体検査が陽性にでたというニュースがマニラ発共同通信で流れた。女性は東京入国管理局に出頭し帰国していたが、松本市内で働いていたということがわかり、大騒ぎになった。神戸事件: 1987年1月17日厚生省は、神戸市で初めて日本人の女性患者が確認されたと報告した。翌日の新聞の見出しは、松本事件を凌ぐ報道になった。この女性は3日後には死亡したが、女性の写真を掲載し、実名をのせた記事も見られた。この1987年を「エイズ元年」と宣言した。高知事件: 1987年2月エイズに感染した女性が妊娠し、産む産まない

を巡って論争が起きた。うわさをたてられて外来患者が激減した公立病院は、見識を疑われる表示を行い、県の指導を受けた。(池田恵理子『エイズと生きる時代』岩波新書, 1997, pp13-52 を参考にまとめた。)

このような中で国は、社会防衛的な発想に基づく後天性免疫不全症候群の予防に関する法律(エイズ予防法)が1988年に成立した。そのため、この法律によって偏見や差別を助長し、医療機関において

エイズ診療拒否の姿勢が見られた。

その後、1998年に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(感染症新法)が公布され、エイズ予防法は廃止された¹³。感染者の人権尊重の精神が盛り込まれたが、法律が変わっても、HIV感染を理由に就職を拒否されたりなどの人権侵害の事件が起き、社会とのギャップは大きい。

14, 野島一彦・矢永由里子編『HIVと臨床』ナカニシヤ出版, 2002, pp49-50

15, 野島一彦・矢永由里子編『HIVと臨床』ナカニシヤ出版, 2002, pp49-57

16, 城崎真弓, 渡辺恵, 池田和子「治療困難症例に対する抗HIV導入のストラテジー」『日本エイズ学会誌』vol. 6 NO. 4, 2004, pp79-81

17, 石原美和, 渡辺恵「在宅療養支援導入の阻害要因」『『エイズ・クオリティガイド』、日本看護協会出版会、2001, p93

29, ・前田ひとみ他「エイズ拠点病院におけるHIVエイズ看護に関する研究」『日本看護研究学会誌』, VOL28, NO4, 2005, pp19-25

・南家貴美代他「エイズ拠点病院における看護師の抱える不安と困難」『日本エイズ学会 VOL4, NO4, 2002, p 348

・杉田美佳他「HIV患者のケアに対する看護師の不安」に関連する因子の検討」『日本エイズ学会誌』VOL. 7, NO. 4, 2005, p335

31, 和田良香他「新規採用看護職員の意識調査と今後の課題」『日本エイズ学会誌』VOL. 7, NO. 4, 2005, p334

32, 布施由香梨他「HIV感染症に対する看護師の意識調査」『日本エイズ学会誌』VOL. 7, NO. 4, 2005, p334

33, 宮城京子他「当院におけるHIV/AIDS看護の意識調査」『日本エイズ学会誌』VOL. 8, NO. 4, 2006, p387

34, 後藤文子他「インタビュー結果に基づいた項目に対する看護師研修会の効果に関する研究」『日本エイズ学会誌』VOL. 8, NO. 4, 2006, p388

30, 金沢小百合他「HIV患者のケアに対する看護師の不安」に関連する 因子の検討」(第2報)『日本エイズ学会誌』VOL. 8, NO. 4, 2006, p387

35, 向中野路世他「HIV/AIDS感染が精神面へ与える影響」『第19回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集, 『日本エイズ学会誌』vol. 7, NO. 4, 2005, p350

36, 桑田加奈子他「HIV/AIDS患者をサポートする家族のストレスへの対処」『第18回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集, 『日本エイズ学会誌』vol. 6, NO. 4, 2004, p432

26, 伊藤将子他「HIV/AIDS患者における在宅療養支援の傾向と導入背景の検討」『第16回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集, 『日本エイズ学会誌』vol. 4, NO. 4, 2002, p319

27, 古川直美他「HIV外来専任看護師と病棟看護師の連携の検討 ―患者アンケートを通して考える―」『第19回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集, 『日本エイズ学会誌』vol. 7, NO. 4, 2005, p352

-
- 28, 日比生かおる他「チーム医療上の問題解決に情報提供ツールを使用して」『第16回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集, 『日本エイズ学会誌』 vol. 4, NO. 4, 2002, p318
- 29, 永井英明他「長期療養が必要なHIV感染者の施設・病院での受け入れについての検討」『第20回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集, 『日本エイズ学会誌』 vol. 8NO. 4, 2006, p331
- 30, KJ法は、アイデアを作り出す方法として、1967年、わが国の研究者川喜田二郎が考案したものである。渾沌の中から秩序を作り出す技術体系であり、「己を虚しくしてデータをして語らしめる」というデータのまとめ方に対する基本方針をもつ。川喜田二郎『発想法』、中央公論社、1976
- ・舟島なおみ「KJ法」『質的研究への挑戦』第2版、医学書院、2005, pp110-130
- 42, 武井麻子『感情と看護 人のかかわりを職業とすることの意味』医学書院、2004, 135, p259
- 32, 片田範子「21世紀に問う看護の倫理性」『日本看護科学学会誌』VOL. 22. No2. 2002, pp54-64
- 33, 熊木悦郎他「日本における性感染症の流行」『総合臨床』永井書店、2001, pp2676-2687
- 34, 波平恵美子『病氣と治療の文化人類学』海鳴社、p109, 1999
- 35, 山崎嘉比古、編『HIV感染被害者の生存・生活・人生 当事者参加型リサーチから』有信堂、2000, p90
- 36, 野島一彦・矢永由里子編『HIVと臨床』ナカニシヤ出版、2002, p28
- 37, 野島一彦・矢永由里子編『HIVと臨床』ナカニシヤ出版、2002, p57
- 38, 野島一彦・矢永由里子編『HIVと臨床』ナカニシヤ出版、2002, p30
- 39, 岡谷恵子「看護倫理学を理解するためのインフォームド・コンセントの捉え方」『臨床で直面する倫理的諸問題』、日本看護協会出版会、2002, p95
- 40, 小島通代編著『看護を一生の仕事とする人・したい人』日本看護協会出版会、2000, p20
- 41, 看護師が直面する倫理的問題には、医師との関係で生じる問題が取り上げられている。
- ・横尾京子ほか「日本の看護師が直面する倫理的課題とその反応」日本看護科学学会看護倫理検討医委員会報告、日本看護科学学会誌、13(1), 1993, pp32-37
- ・岡谷恵子「看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識」『看護』第51巻第2号、1999, pp26-31
- ・見藤隆子「日本の看護に関わる倫理問題」『看護倫理 理論・実践・研究』日本看護協会出版会、2002, pp147-154
- 42, アニタJ. タージアン「看護実践で遭遇する倫理的問題点」『臨床で直面する倫理的諸問題』、日本看護協会出版会、2002, p105
- 43, 野島一彦・矢永由里子編『HIVと臨床』ナカニシヤ出版、2002, p63
- 44, 野島一彦・矢永由里子編『HIVと臨床』ナカニシヤ出版、2002, p57
- 45, 片田範子「21世紀に問う看護の倫理性」『日本看護科学学会誌』VOL. 22. No2. 2002, pp54-64
- 46, サラT. フライ「看護倫理の理論化にむけて」『看護倫理』日本看護協会出版会、2002, pp75-87
- 47, 武井麻子『感情と看護 人のかかわりを職業とすることの意味』医学書院、2004, p35
- 48, ダニエルF. チャンブリス（浅野祐子訳）『ケアの向う側 看護師が直面する道徳的・倫理的矛盾』日本看護協会出版会、2002, pp124-128

<参考文献・引用文献>

- 木村哲他『HIV感染症診療マニュアル』、医学書院、1997
- 満屋裕明他『エイズ治療の新展開』モレキュラー・メディスン雑誌、中山書店、1999
- HIV感染症治療研究会『HIV感染症 治療の手引き 第10版』2006年、12月発行、<http://www.hiv.jp.org/>
- 第15回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集, 『日本エイズ学会誌』 vol. 3 NO. 4, 2001
- 第16回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集, 『日本エイズ学会誌』 vol. 4NO. 4, 2002

-
- 第17回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集、『日本エイズ学会誌』vol. 5 NO. 4, 2003
- 第18回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集、『日本エイズ学会誌』vol. 6NO. 4, 2004
- 第19回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集、『日本エイズ学会誌』vol. 7NO. 4, 2005
- 第20回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集、『日本エイズ学会誌』vol. 8 NO. 4, 2006
- 山田卓生/大井玄/根岸昌功編『エイズに学ぶ感染症製作への対策』1992
- 監修厚生省保健医療局エイズ疾病対策課『エイズ対策関係法令通知集』1999
- サラT・フライ著 片田範子、山本あい子訳『看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド』日本看護協会出版会、1999, pp39-51
- 南裕子『看護倫理 理論・実践・研究』日本看護協会出版会、2002, pp25-35
- パトリシアベナー著『ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ』、医学書院、2005
- Anne Bishop, John Scudder 著『全人的ケアのための看護倫理』、丸善株式会社、2005
- 舟島なをみ著『質的研究への挑戦』医学書院、1999
- アンJ, デーヴィス監修『看護倫理』日本看護協会出版会、2002
- 石井トク著『看護の倫理学』丸善株式会社、2005
- 片田範子「21世紀に問う看護の倫理性」『日本看護科学学会誌』VOL. 22. No2. 2002, pp54-64
- 中山将・高橋隆雄編『ケア論の射程』、九州大学出版会、2001, pp91-111
- スーザン・ソントグ『隠喩としての病い エイズとその隠喩』みすず書房、1995
- 久間圭子著『日本の看護論 比較文化的考察』、日本看護協会出版会、1998
- 石原美輪編著、渡辺恵・池田和子・大金美和著『エイズ・クオリティガイド』、日本看護協会出版会、2001
- 前田ひとみ、木村真知子「血液製剤によるHIV感染者の看護」『日本看護研究学会雑誌』、VOL. 22, NO2, 2000, pp. 4-11
- 山崎嘉比古、編『HIV感染被害者の生存・生活・人生 当事者参加型リサーチから』有信堂、2000
- 岡谷恵子他「特集・倫理的感受性 その必要性とサポートシステム」『看護』日本看護協会出版会、第51巻第2号、1999, pp26-66
- 武井麻子『感情と看護 人のかかわりを職業とすることの意味』医学書院、2004
- Smith, P、武井麻子・前田泰樹訳『感情労働としての看護』、緩み出版、1992
- ドローレス・ドゥーリー、ジョーン・マッカーシー坂川雅子訳『看護倫理1』、『看護倫理2』、『看護倫理3』みみすず書房、2006
- 川本隆史編『ケアの社会倫理学』有斐閣選書、2005
- ヘルガ・クーゼ 監訳 竹内徹、村上弥生『ケアリング 看護婦・女性・倫理』、メディカ出版、2001
- 鈴木正子『看護することの哲学 看護臨床の身体関係論』、医学書院、1996
- サンダー・L・ギルマン著『病気と表象』、ありな書房、1997
- 中村直美「ケア・正義・自律とパターナリズム」『ケア論の射程』九州大学出版会、2001, pp89-111
- 高橋隆雄「日本思想に見るケア概念 -神の観念を中心として-」『ケア論の射程』九州大学出版会、2001, pp47-81

-
- 高橋隆雄「日本の生命倫理におけるケア論」『日本の生命倫理 回顧と展望』九州大学出版会, 2007, pp38-64
- 高橋隆雄『自己決定の時代の倫理学』九州大学出版会, 2001
- 中尾久子他「倫理問題に関する看護職（臨床看護師と保健師）の認識の比較」『生命倫理』vol. 14 No. 1 通巻 15 号 2004 年, pp107-113
- 石本傳江「看護とケアの倫理」Quality Nursing Vol.6 no.3 2000 , pp84-89
- メイヤロフ, M『ケアの本質』（田村、向野訳）ゆるみ出版, 1987
- 本間チェン繭子「日本における看護職の患者擁護に関する研究」『看護研究』, 34（3）, 2001, pp229-24